

Hoitokodin hoitajien kokemukset painehaavojen ennaltaehkäisemisestä

Laatikainen, Miia
Siltaloppi, Ulla

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Hoitokodin hoitajien kokemukset painehaavojen ennaltaehkäisemisestä

Miia Laatikainen
Ulla Siltaloppi
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2017

Laatikainen Miia ja Siltaloppi Ulla

Hoitokodin hoitajien kokemukset painehaavojen ennaltaehkäisemisestä

| | | | |
|-------|------|-----------|----|
| Vuosi | 2017 | Sivumäärä | 33 |
|-------|------|-----------|----|

Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin hoitajien tietoa, osaamista ja kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisystä. Tavoitteena oli, että opinnäytetyön avulla pystyttäisiin jatkossa vähentämään painehaavojen syntymistä. Lisäksi tarkoituksena oli tuoda hoitajille lisää tietoa ja työvälineitä painehaavariskin tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn. Tämän opinnäytetyön yhteistyötahona toimi Invalidiliiton Asumispalvelut Oy:n Hämeenlinnan Validia-koti. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin hoitokodin hoitajat, koska he toteuttavat hoitokodissa päivittäistä hoitotyötä.

Teoreettinen viitekehys käsittelee teoriatietoa ihon anatomiasta, painehaavojen syntymekanismista, altistavista tekijöistä ja painehaavojen ennaltaehkäisystä. Aihe on rajattu ennaltaehkäisyyn, koska hoitotyössä on tärkeää kiinnittää huomiota painehaavojen syntymisen varhaiseen tunnistamiseen. Opinnäytetyössä pohditaan myös tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä. Tutkimus toteutettiin käyttämällä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Tutkimuksen tiedonkeruun menetelmänä käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomake sisälsi viisi avointa kysymystä, jotka pohjautuivat tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tulokset analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä sisällönanalyysia.

Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että hoitajilta löytyy tietoa, osaamista ja erilaisia kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisystä. Tuloksien perusteella hoitajilla on tietoutta erityisesti asentohoitojen merkityksestä ja ihon kunnon seurannasta. Hoitajilta löytyvää tietoutta voisi vielä syventää. Jatkosuunnitelman kannalta olisi tärkeää panostaa painehaavojen tehokkaampaan ennaltaehkäisyyn. Huolellisen ennaltaehkäisyn avulla säästettäisiin painehaavojen hoidon kustannuksia ja hoitajien ajankäyttö olisi tehokkaampaa. Tulosten perusteella suositellaan, että hoitokodissa otettaisiin jatkossa käyttöön painehaavan riskikartoitusmittari, jonka avulla huomioitaisiin kaikki ennaltaehkäisyyn kuuluvat osa-alueet.

Laatikainen Miia and Siltaloppi Ulla

Nursing home personnel experiences of decubitus prevention

| Year | 2017 | Pages | 33 |
|------|------|-------|----|
|------|------|-------|----|

This thesis charts the nurses' knowledge, know-how and experience of preventing decubitus. The objective of the thesis was to decrease the future amount of decubitus. Other targets were to give nurses more information and instruments to identify and prevent the risk of decubitus. This thesis was done in co-operation with "Invalidiliiton Asumispalvelut Oy / Hämeenlinnan Validia-koti". The chosen target group of the survey were the nursing home personnel (nurses) as they carried out the daily care work.

The theoretical framework considers skin anatomy theory and the genesis, starting points (predispose) and the prevention of decubitus. The subject was limited to dealing with prevention as during the daily care work it is important to draw attention to initial identification of decubitus formation. Reliability and ethics of the survey have also been considered in the thesis. The survey was carried out by using a qualitative research method. The data collection method of the survey was inquiry form. The content of the inquiry form was five open questions based on the research issues. The outcome of the research was analysed by using a material-based content analysis.

From the research results it can be concluded that the nursing personnel have the knowledge, know-how and experience to prevent decubitus. Research results also concluded that the nurses have extensive knowledge of the posture treatment and monitoring the skin condition. However, the knowledge of the nurses could be deepened. From the follow-up point of view it would be important to prevent the formation of decubitus more effectively in the future. With careful prevention the care expenses could be reduced and working hours of the nurses could be used more effectively. Based on the results it is recommended that the risks shown from the survey in relation to decubitus are considered by the nursing home and all aspects of prevention should be taken into account.

Keywords: decubitus, prevention, inquiry form

Sisällys

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Johdanto | 6 |
| 2 | Ihon anatomia ja fysiologia..... | 6 |
| 3 | Painehaava | 7 |
| 3.1 | Painehaavojen luokittelu | 7 |
| 3.2 | Painehaavan syntymekanismi | 8 |
| 3.3 | Painehaavalle altistavat tekijät | 9 |
| 4 | Ennaltaehkäiseminen | 10 |
| 4.1 | Riskikartoitus | 10 |
| 4.2 | Ravitsemus ja nestehoito | 11 |
| 4.3 | Ihon kunnon seuranta ja arviointi | 12 |
| 4.4 | Asentohoidot | 12 |
| 4.5 | Apuvälineet paineen poistamiseksi | 14 |
| 5 | Hoitotyön kirjaaminen | 14 |
| 6 | Tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset | 15 |
| 7 | Tutkimuksen toteutus | 16 |
| 7.1 | Tutkimuksen kohderyhmä | 16 |
| 7.2 | Kyselylomake ja aineistonkeruu | 17 |
| 7.3 | Aineiston analyysi | 19 |
| 8 | Opinnäytetyön tulokset | 20 |
| 8.1 | Painehaavan tunnistaminen | 20 |
| 8.2 | Painehaavoille altistavat tekijät | 21 |
| 8.3 | Painehaavojen ennaltaehkäisy istuvalta asukkaalta | 21 |
| 8.4 | Ihon kunnon huomioiminen | 22 |
| 8.5 | Kokemukset painehaavan syntymisestä | 22 |
| 9 | Pohdinta | 23 |
| 9.1 | Johtopäätökset ja jatkosuunnitelma | 24 |
| 9.2 | Eettisyys | 26 |
| 9.3 | Luotettavuus | 27 |
| | Lähteet | 28 |
| | Liitteet | 30 |

1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä käsitellään teorian tietoon pohjautuen ihon anatomiaa, painehaavojen yleisyyttä ja syntymekanismeja sekä niiden ennaltaehkäisemistä. Aihe rajattiin ennaltaehkäisyyn, koska hoitotyössä on tärkeää kiinnittää huomiota painehaavojen syntymisen varhaiseen tunnistamiseen. Opinnäytetyön yhteistyötahoksi valikoitiin Invalidiliiton Asumispalvelut Oy:n Hämeenlinnan Validia-koti. Yhteistyötahon hoitajille tehtiin kysely, jossa kartoitettiin heidän tietoa, osaamista ja kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisemisestä. Painehaavojen ennaltaehkäiseminen kiinnosti opinnäytetyön tekijöitä. Aihetta ehdotettiin yhteistyötaholle ja he kokivat sen tarpeelliseksi hoitokotiin.

Opinnäytetyön tavoitteena on herättää yhteistyötahoa painehaavan riskin kartoittamiseen ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön sekä saada hoitohenkilökunta pohtimaan omaa toimintaansa ja mahdollisesti muuttamaan sitä. Tavoitteena on myös, että opinnäytetyön avulla pystytettiin jatkossa vähentämään painehaavojen syntymistä päivittäisessä hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda teorian avulla työvälineitä hoitohenkilökunnalle painehaavan riskin tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn sekä tuoda opinnäytetyön tekijöille lisää tietoa painehaavoista ja niiden ennaltaehkäisemisestä tutkittuun tietoon perustuen.

Aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Suomessa painehaavoja esiintyy potilailla arviolta 55 000-80 000 vuodessa. Painehaavoja esiintyy 13 prosentilla akuuttihoitopotilaista, 22,5 prosentilla tehostetussa kotihoidossa olevilla potilailla ja 16,5 prosentilla potilailla, jotka ovat pitkäaikaishoidossa. Suomessa painehaavojen kustannusvaikutus on vuodessa 280 - 532 miljoonaa euroa (Soppi 2014). Kustannukset koostuvat suurimmaksi osin henkilöstökustannuksista. Vain 20 prosenttia koostuu haavahoitotarvikkeista. (Koivunen, Luotola, Hautaoja, Laine & Asikainen 2014, 15.)

2 Ihon anatomia ja fysiologia

Ihmisen suurin elin on iho (cutis). Sen pinta-ala voi olla aikuisella 1,5-2 m² ja se painaa 5 prosenttia ruumiinpainosta. Iho suojaa elimistöä eri ärsykeiltä, mikro-organismeilta, UV-valolta sekä nestehukalta. Iho tuottaa D-vitamiinia auringon vaikutuksesta ja toimii neste- ja rasvavarastona. Lisäksi iho säätelee elimistön lämpötilaa sekä se toimii tunto-, lämpö-, kylmä-, paine-, ja kipuaistimena. Iho koostuu orvaskedestä (epidermis), verinahkasta (dermis) sekä ihonalaisesta kudoksesta (subcutis). (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2007, 20.)

Orvaskesi on verisuoneton ja ihon uloin kerros. Pintakerros uusiutuu sitä mukaan, kun se kuluu pois. Paksuudeltaan se on keskimäärin 0,1mm. Verinahka on orvaskeden alla ja on paksuudel-

taan 0,5-3mm. Verinahka koostuu side- ja hermokudoksesta, imu- ja verisuonista, karvatu-pista sekä nestemäisestä kudoksesta (Bjälle ym. 2007, 20-21). Verinahan sidekudos koostuu kollageeni- ja elastiinisäikeistä, jotka antavat verinahalle joustavuuden, venyvyyden ja veto-lujuuden. Elastiinin vaikutuksesta iho palautuu normaaliksi venytyksen jälkeen (Juutinen & Hietanen 2012, 20-21). Verinahan verenkierto säätelee elimistön lämpöä. Alimmaisena ker-roksena on ihonlaiskerros, joka on rasvakudosta ja löyhää sidekudosta. Sen tärkeimpiä tehtä-viä on rasva-, nesteverastona ja lämpöeristyksenä toiminen. (Bjälle ym. 2007, 21-23.)

3 Painehaava

NPUAP eli Yhdysvaltain kansallisen paine haava-asiantuntijaneuvosto (the National Pressure Ulcer Advisory Panel) ja EPUAP eli Euroopan paine haava-asiantuntijaneuvosto (the European Pressure Ulcer Advisory Panel) (2014) määrittelevät paine haavan vaurioksi, joka voi olla pai-kallisesti iholla tai sen alla olevassa kudoksessa tai molemmissa. Paine haavan aiheuttaa paine tai yhdessä paine ja venytys. Paine haavat ovat kivuliaita ja potilaan elämänlaatu huononee. Haavat lisäävät alttiutta infektioihin ja ne voivat johtaa kuolemaan. Lisäksi ne pidentävät po-tilaiden hoitoaika. (Soppi & Ahtiala 2012.)

Paine haavat yleensä sijaitsevat luisten ulokkeiden kohdalla. Tavallisesti ne sijaitsevat istuin-kyhmyjen, ristiselän eli sacrum, lonkkien ja kantapäiden kohdalla. Paine haavoista yli puolet kehittyy lantionalueella, kuten ristiluussa, lonkkien sivulla ja istuinkyhmyjen kohdalla. Kanta-päässä esiintyy kolmannes paine haavoista. Lisäksi paine haavoja voi kehittyä epätavallisiin paikkoihin, kuten kasvoihin. (Juutilainen & Hietanen 2012, 300-301.)

3.1 Paine haavojen luokittelu

NPUAP/EPUAP (2014) luokittelee paine haavat neljään eri syvyysluokkaan. Luokituksilla kuva-taan ainoastaan kudoksessa olevan vaurion syvyyttä, ei haavan paranemista (Hietanen 2011, 25). Lisäksi on kaksi lisäluokkaa, jotka ovat luokittelematon paine haava ja epäily syvien ku-dosten vauriosta. Luokittelematon haava on täysin katteen tai nekroosin peitossa, jolloin haa-van syvyyttä ei voida luokitella. Kate ja nekroosi täytyy ensin kokonaan poistaa, jotta se voi-daan luokitella. Kun ihossa on sinertävä tai punaruskea ihomuutos tai siinä on verentäyttämä rakkula, epäillään syvää kudosa vauriota. Ennen näkymistään vaurio on alueeltaan kiinteä, kivu-lias ja siinä on lämpöeroja verrattuna ympärillä olevaan kudokseen. Haava voi kehittyä nope-asti ja huolimatta hyvästä hoidosta se voi paljastaa alla olevia kudokset. Tummaihoisilla potilailla voi olla vaikea havaita syvän kudoksen vauriota. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Ensimmäisessä asteessa iho on ehjä ja siinä on vaalenematon punoitus. Punoitus sijaitsee lui-sen ulokkeen kohdalla. Alue voi olla kiinteä, pehmeä, kivulias tai siinä voi olla lämpöeroja

verrattuna muuhun ympärillä olevaan ihoon. Tämä voi olla merkki tai uhka painehaavan syntymisestä. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Toisessa asteessa ihossa on pinnallinen haava, joka ylettyy verinahkaan saakka. Se voi olla kiiltävä tai kuiva pinnallinen haava ja sen pohja punainen tai vaaleanpunainen. Vaurio saattaa esiintyä rakkona, joka voi olla ehjä tai rikkoutunut. Haavassa ei ole katetta tai mustelmaa. Mustelma voi tarkoittaa syvien kudosten vauriota. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Kolmannessa asteessa haava on koko ihon läpäisevä haava. Ihonalainen kudos näkyy, mutta haava ei yllä lihakseen tai luuhun. Haavassa voi olla onkaloita ja haavataskuja sekä siinä voi olla katetta, joka ei peitä haavan syvyyden näkymistä. Anatomisen sijainnin mukaan painehaavan syvyys vaihtelee. Haava on matala niissä kohdin, joissa on vähän rasvakudosta, kuten korvalehdessä. Syvä haava voi taas kehittyä paikkaan, jossa on paljon rasvakudosta. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Neljännessä asteessa haavassa näkyy tai tuntuu lihas, luu tai jänne. Haavassa voi ilmetä katetta ja nekroosia sekä usein onkaloita ja haavataskuja. Neljännen asteen haava voi mahdollistaa luutulehduksen luussa tai luuytimessä. Painehaavan syvyys vaihtelee anatomisen sijainnin ja rasvakudoksen määrän mukaan. (NPUAP/EPUAP 2014.)

3.2 Painehaavan syntymekanismi

Painehaavan määrittelyn mukaisesti painehaavan synnyn tärkein tekijä on paine ja sen vaikutus kudoksessa. Nämä vaikutukset ovat monimutkaisia ja jossakin määrin vielä tuntemattomia. Yksilöllinen paineensietokyky kudoksissa vaikuttaa vaurion syntymiseen. Lisäksi kudosten kyky reagoida stressitekijöihin vaihtelee. Stressitekijöitä ovat mekaanisen kuormituksen määrä, kesto ja tyyppi. Lisäksi kudokseen kohdistuvat paine, kitka, venytys sekä kudosten venytyksen ja jännityksen määrä. Vaurion syntymiseen vaikuttaa myös pehmytkudoksen rakenne ja elastisuus. (Soppi 2013, 6-7.)

Pehmytkudos on lähes kokoon puristumaton vesipitoisuutensa vuoksi. Paine luo kudoksen koostumukseen muutoksen ja paineen vaikuttamiskohdassa kudosten siirtymisen. Paine venyttää tällöin ihoa. Venytyksen voimasta kudoksen rakenne hajoaa ja liimaantuu yhteen (Soppi 2010). Paineen ja venytyksen voimasta myös verenkierto kudoksissa muuttuu oikovirtaukseksi. Se johtaa taas happiosapaineen vähenemiseen kudoksissa (Soppi 2013, 7). Tämä synnyttää kudokseen iskemiaa eli hapenpuutetta ja sen pitkittyessä johtaa kudosten nekroosiin eli kuolioon. (Kangas 2009.)

Paineen kesto vaikuttaa painehaavan syntymiseen. Kudokseen voi syntyä vaurio kahden tunnin jälkeen paineen vaikutuksesta. Normaalisissa lämpötilassa iho kestää yli 8 tuntia hapenpuutetta. Palautumattomia muutoksia lihaskudokseen tapahtuu kahdessa tunnissa, jos paine kudoksessa on yli normaali kapillaaripaineen (Kangas 2009). Ihoon ja ihonalaiseen kudokseen kohdistuu kitkan vaikutuksesta tangentiaalista voimaa. Kitkan vaikutuksesta ihon pinta hankautuu ja rikkoontuu sekä ihon alaiseen kudokseen syntyy venymistä. Ihon ja kontaktipinnan väliseen kitkaan vaikuttaa ihon kosteus, vaatetus ja alustan materiaali. Tangentiaaliseen voimaan vaikuttaa kitkan suuruus ja se pahentaa paikallista paineen luomaa kudosaauriota. (Juutinen & Hietanen 2012, 303.)

3.3 Painehaavalle altistavat tekijät

Painehaavoille altistavista tekijöistä tärkein on liikkumattomuus. Liikkumattomuus voi johtua ikääntymisestä, sairauksista, lääkkeistä ja vammojen jälkitiloista (Juutinen & Hietanen 2012, 304). Painehaavoille altistuvat erityisesti vuodepotilaat, jotka makaavat pitkiä aikoja ja eivät pysty itsenäisesti vaihtamaan asentoaan (Lumio 2016). Liikkumattomuuteen voi liittyä ihon tuntehäiriöt, jolloin ei ihminen havaitse paineesta johtuvaa varoittavaa iskeemistä kipua eikä vaihda asentoaan. (Juutinen & Hietanen 2012, 304.)

Iän myötä iho alkaa löystymään ja ohenemaan sekä alkaa muuttua kuivemmaksi ja hauraammaksi, joka johtuu kollageeni- ja elastiinisäikeiden määrän, laadun ja tuotannon vähenemisestä. Ikääntyessä sidekudoksen muutokset vähentävät ihon joustavuutta ja kestävyyttä sekä myös ihonalainen rasvakerros ohentuu, joka lisää riskiä ihovaurioihin. Ihon kosteus pitkittyesään aiheuttaa ihon vettymisen. Vettyminen huonontaa ihon suojaa sekä altistaa infektioille ja haavoille. Kosteus vaikuttaa myös kitkaan lisääntyvästi. Kosteutta aiheuttavat haavaeritteet ja hikoilu (Juutinen & Hietanen 2012, 24-25, 303). Lisäksi kosteutta aiheuttavat virtsa- ja ulosteinkontinenssi, jotka puolestaan altistavat painehaavoille. Ihoa paikallisesti ärsyttävät ulosteen bakteerit ja virtsan urea aikaansaavat kudosaauriota. (Sipinen 2010.)

Painehaavojen altistaviin riskitekijöihin kuuluu huono ravitsemustila, erityisesti ikääntyvillä (Soppi 2010). Aliravitsemukseen liittyy epäsuotuisat tulokset, kuten heikentynyt immuuteetti, joka huonontaa toipumista ja paranemista, vähentynyt lihasmassa sekä heikentynyt liikkuvuus ja elämänlaatu (Roberts, Chaboyer & Desbrow 2015). Aliravitsemukseen liittyy lisäksi rasvakudoksen vähyys. Se ja lihasmassan vähentyminen korostavat kehon luiden ulokkeita sekä paine jakaantuu epätasaisesti niillä kohdin. Painehaavat ovat aliravituilla yleensä vaikeampia verrattuna henkilöillä, joilla on normaali ravitsemustila. On todettu myös, että painehaavapotilailla on proteiinin, c-vitamiinin ja sinkin puutosta. (Juutinen & Hietanen 2012, 304-305.)

4 Ennaltaehkäiseminen

Painehaavan ennaltaehkäisy on hyvä ja edullinen tapa painehaavaongelmien ratkaisemiseen. Riskien arvioinnilla pyritään löytämään potilaat, joiden hoidossa tarvitaan toimenpiteitä haavan ehkäisemiseksi. Painehaavojen ennaltaehkäisyssä on keskeistä hoitohenkilökunnan toiminta ja heidän osaamisensa. Ennaltaehkäisy vaatii myös moniammatillista yhteistyötä sekä esimiesten ja organisaation tukea ja asiaan panostamista (Koivunen ym. 2014, 14-20). Painehaavojen ennaltaehkäisyyn on hyvä panostaa, koska ehkäisy on selvästi halvempaa kuin hoito. Ehkäisyssä on oleellista riskikohtiin kohdistuvan venytyksen ja paineen minimoiminen. (Soppi & Ahtiala 2012, 62-64). Painehaavojen syntyminen on ehkäistävissä riittävällä kannustuksella ja tahdolla. Hoitaja on vastuussa tarpeellisten apuvälineiden hankkimisesta ja niiden käyttöönotosta. Painehaavan ehkäisyn prosessiin kuuluu olennaisesti myös potilaan ja omaisten tiedottaminen haavan syntyyn ja ehkäisyyn liittyvistä tekijöistä. (Soppi 2010.)

4.1 Riskikartoitus

Tarkoituksena painehaavan riskin arvioinnilla on niiden potilaiden tunnistaminen, joiden kohdalla tarvitaan ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä haavan syntymiseen. Työkaluna käytetään riskin arviointimittaria, joka pisteyttää ominaisuuksia tai tekijöitä, jotka ovat painehaavan syntymiseen merkityksellisiä. Potilas kuuluu korkean riskin ryhmään automaattisesti, jos potilaalla on aiemmin ollut painehaava. Hoitohenkilökunnan kuuluu saada asianmukainen koulutus riskimittarin käytöstä ja arvioinnista. (Koivunen ym. 2014, 14-15.)

On olemassa erilaisia riskikartoituslomakkeita, joiden käyttö perustuu aina potilaan kliiniseen arviointiin. Riskiarviointimittaria käyttöön otettaessa täytyy tehdä riskiarviointi myös muille tekijöille, kuten ihon kuntoon, verenkiertoon, liikuntakykyyn, aktiivisuuteen sekä muihin mahdollisiin riskitekijöihin. Painehaavanehkäisysuunnitelma tehdään kaikille painehaavariskissä oleville potilaille. Painehaavan synnyn tekijöihin vaikuttavat yleinen terveydentila, ravitsemustila, verenkierto, hapettuminen, ihon kosteus ja korkea ikä (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015). Painehaavariskin arvioinnissa tulisi käyttää Shape Risk Scale (SRS) tai Bradenin riskimittaria. Mittareiden välillä on pientä eroa, mutta riskimittareista mikään ei huomioi kaikkia riskitekijöitä. Jokaiseen riskiarviointiin tulee liittää aina kliininen arviointi painehaavaan liittyvistä muista riskeistä, joita riskimittarissa ei huomioida. Jokaisen riskiarvion jälkeen potilas sijoitetaan riskiluokkaan ja tämän tulee johtaa tarvittaviin toimenpiteisiin (Soppi & Iivanainen 2013). Bradenin riskimittari on luottavimmiksi todettu ja testatuin kartoittamaan painehaavariskiä. Asteikossa arvioidaan kuutta osa-aluetta, ihon kosteutta, tuntoaistia, liikkuvuutta, aktiivisuutta, ravitsemusta sekä kitkaa ja kudosten venymistä. Osa-alueet arvioidaan asteikolla 1-4, lukuun ottamatta kitkaa ja kudosten venymistä. Ne arvioidaan asteikolla 1-3. Riskimittarissa voi saada suurimmillaan

23 pistettä ja pienimillään 6 pistettä. Pienemmät pisteet tarkoittavat suurempaa riskiä saada painehaava. (Juutinen & Hietanen 2012, 313-315.)

4.2 Ravitseminen ja nestehoito

Painehaavojen ehkäisyssä hyvää ravitsemustilaa pidetään hyödyllisenä. Vanhuksilla erityisesti huono ravitsemustila on yksi riskitekijä painehaavan syntymiseen (Soppi 2010). Vajaaravitseminen saattaa johtua psyykkisistä, fyysisistä ja sosiaalisista seikoista. Myös elämänmuutokset ja sairaudet voivat vaikuttaa ruokahaluun, joka johtaa vajaaravitsemukseen. Vajaaravitsemuksen seulontaan aikuisille on kehitetty erilaisia menetelmiä. Sellaisia ovat esimerkiksi MNA, MUST ja NRS-2002 -arviointimenetelmät. Käytössä on yleisimmin MNA-arviointi. Erityisesti MNA-menetelmä soveltuu käytettäväksi yli 65-vuotiaiden laitospotilaiden ja kotihoitoon. MNA -arvioinnissa mitataan potilaan pituus ja paino. Niiden perusteella selvitetään painoindeksi. Arvioinnissa myös selvitetään viimeisen 3-6 kuukauden aikaiset muutokset painossa ja nautittujen ruokien määrää arvioidaan. Vajaaravitsemustilan ja sen vaaran arviointi kuuluu hoitajien tehtäväksi, koska hoitajat seuraavat potilaan ruokailujen toteutumista. (Sinisalo 2015, 105-106.)

Ravitsemustilan arviointi toteutetaan aina potilaan tullessa yksikköön, jos on riski painehaavan syntymiseen sekä potilaalle, joilla on jo todettu painehaava. Ravitsemustilan arviointi toteutetaan aina myös potilaan terveydentilassa tapahtuvien muutoksien ilmaantuessa. Hoitosuunnitelmaan kirjataan aina ravitsemussuunnitelma potilaalle, jolla on jo syntynyt painehaava ja on lisäksi painehaavariskissä. Ravitsemustilan arvioinnissa kiinnitetään huomiota ja arvioidaan tarkoituksetonta painonlaskua, neuropsykologisia ongelmia ja stressiä. Lisäksi huomioidaan potilaan energiansaanti. Potilaan paino mitataan säännöllisesti painon seuraamiseksi ja painon muutoksien mukaan suhteutetaan energiansaantia. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

Hyvän ravitsemushoidon tavoitteena on potilaan hyvän ravitsemustilan ylläpitäminen ja sen kohentaminen. Hyvään toimintakykyyn ja elämänlaatuun on ravitsemustilalla selkeä yhteys. Riski vajaaravitsemukseen on tunnistettava ajoissa ja tarvittaessa aloitetaan tehostettu ravitsemuksen hoito. Vajaaravitseminen tarkoittaa proteiinin, energian ja muiden ravintoaineiden saamisen vähyyttä tai potilaan tarpeisiin nähden epätasapainoista ravitsemusta. Painehaavan ehkäisyssä edellytetään riskissä oleville potilaille ravitsemustilan kartoittamista ja määrittämistä. Painehaavariskissä olevat potilaat eivät välttämättä saa tarpeeksi ravintoaineita suun kautta annettavasta ruuasta, joten suun kautta annettavat täydennysravintovalmisteet ovat sen vuoksi tärkeitä. Tavalliseen hoitoon verraten täydennysravintovalmisteita käyttäville potilaille syntyy harvemmin painehaavoja. (Siljamäki-Ojansuu 2012, 24-25.)

Tehostettuun ravitsemushoitoon kuuluu määrittää ravitsemuksen tila ja järjestää se potilaalle oikealla ravinnonantotavalla. Lisäksi arvioida ravintoaineita ja energian tarvetta sekä verrata

niitä arvioituun tarpeeseen. Säännöllisesti tulee myös arvioida ravinnon saantia sekä seurata ravitsemushoidosta saatuja tuloksia (Siljamäki-Ojansuu 2012, 24-25). Painehaavariskissä olevaa potilasta myös kannustetaan ja tuetaan riittävään nesteeseen saantiin. Potilaan kuivumista seurataan virtsanerityksen, painonmuutosten, veren natriumpitoisuuden sekä ihon jännevyyden avulla. Normaalisti aikuisen nesteentarve on elopainoa kohti noin 30-35ml. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

4.3 Ihon kunnon seuranta ja arviointi

Ensimmäiset painehaavan kehittymisen merkit huomataan tavallisesti muutoksina kudoksissa ja ihossa. Painehaavan kehittymisen prosessi voidaan ennaltaehkäistä oikeilla hoitotoimenpiteillä heti, kun kudoksen tai ihomuutos havaitaan. Painehaavan ennaltaehkäisyssä tulee ottaa huomioon ihon suojaaminen hankaukselta ja kosteudelta sekä eritteiden hallinta ja ihon kosteuden pitäminen optimaalisena. Iholla ilmenevä punoitus tarkoittaa sitä, että iho tarvitsee palautumiseen lisää aikaa ja paine on aiheuttanut kuormituksen, josta iho ei ole vielä palautunut. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

Ihon kuntoa arvioitaessa otetaan huomioon turvotukset, kudoksien kiinteys, lämpötila ja punoitus suhteutettuna ympärillä oleviin kudoksiin ja ihoon. Arviointi suoritetaan huomioiden koko keho ja erityisesti kehossa olevat luiset ulokkeet, kuten kantapäiden, ristiluun ja lonkan seudun iho sekä istuinkyhmyt. Potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan ihon arvioinnin yhteydessä havaitut muutokset. Muutoksien kirjaaminen on välttämätöntä, että tieto siirtyy muulle hoitohenkilökunnalle sekä ihon kunnon muutokset tiedostetaan. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

Potilaan iho tulee pitää puhtaana. Ihovoiteella voidaan kosteuttaa kuivaa ihoa ja ihon puhdistukseen käytetään pesuainetta, joka on pH-tasapainotettua. Ihoa ei tule hangata tai hieroa erityisesti silloin, jos painehaavariski on todettu. Ihotulehduksilla on yhteys painehaavan syntymiseen ja tulehdukset aiheutuvat usein potilaan pidätyskyvyttömyydestä. Tämän vuoksi mahdolliset tulehdukset tulee ennaltaehkäistä ja hoitaa (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015). Vaatteet ja vuodevaatteet vaihdetaan hikoilevalta potilaalta säännöllisesti ihon kuivana pysymisen vuoksi. Vaatteiden ja vuodevaatteiden rypyt ja poimut oikaistaan sekä tarkistetaan samalla, että ne ovat kuivia. (Juutilainen & Hietanen 2012, 326-327.)

4.4 Asentohoidot

Painehaavojen ennaltaehkäisyssä on asentohoidolla suuri merkitys. Asentohoidon avulla vähennetään ja poistetaan painetta eniten paineen alla olevista alueista. Asennon muutoksessa

huomioidaan, että veri pääsee kudoksissa virtaamaan ja paineen alla olevat kudokset vapautuvat. Asentoa vaihdettaessa käytetään tarvittavia apuvälineitä. Tyynyjä laitetaan avuksi ylläpitämään potilaan asentoa (Iivanainen & Syväoja 2012, 362-363). Asennonmuutoksilla vaikutetaan potilaan toimintakykyyn, hyvinvointiin, arvokkuuteen sekä hygieniaan. Huomioidaan potilaan asennonmuutosten tiheyden suunnittelussa yleinen terveydentila ja hyvinvointi, liikuntakyky, aktiivisuus, kudosten sietokyky, ihon kunto ja yleiset hoidon tavoitteet. Paineenkevennykselle luodaan aikataulut, joissa painonvaihteluiden kesto ja tiheys määritetään. Jos paineenkevennyksen vaste ei ole odotettu, määritetään asennonmuutoksen menetelmä ja tiheys uudelleen. Säännöllisen ihon arvioinnin avulla tunnistetaan varhaiset painevaurion merkit ja tunnistetaan suunniteltujen asennonmuutosten tiheyden sopivuus. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Vuoteessa potilaan painopisteen tai asennon vaihdot toteutetaan kahden tai kolmen tunnin välein. Jokaisen potilaan kohdalla huomioidaan yksilölliset tekijät. Suositellaan, että istuma-asennossa asentoa muutettaisiin 15 minuutin välein. Vuoteessa asentoa muutetaan niin, että kohtisuoraa venytystä ei osu luisiin kohtiin. Raajat eivät myöskään saa painaa vastentoisiaan. Asennon muutoksessa vältetään hiertymiä ja kudosten venytystä, kun varotaan vetäjästä ihoa suoraan vasten alustaa (Soppi & Ahtiala 2012, 62-64). Istuma-asennossa voimakas paine kohdistuu istuinluihin, joten potilas huolehditaan istumaan niin, että potilaalla säilyy kaikki toimintamahdollisuudet ja hän pysyy tasapainossa. Potilaan istuessa vähennetään pehmytkudoksiin ja ihoon kohdistuvaa venytystä ja painetta. Istuinta kallistetaan riittävästi, ettei potilas pääse liukumaan tuolissa tai pyörätuolissa. Käsinojat ja jalkatuet säädetään paineen jakautumisen ja istuma-asennon säilymisen mukaan. Potilaan jalat tuetaan jalkatukiin, lattialle tai jakkaralle. Istuin valitaan sen mukaan, että mitattuna korkeus istuintasolta lattialle on oikea potilaalle kitkan ja venytyksen välttämiseksi. Potilaan istumisen aikaa ilman paineen kevennystä rajoitetaan. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Kantapäiden painehaavojen ennaltaehkäisyssä on tärkeää venytyksen ja paineen vähentäminen. Kova paine kohdistuu sen luisiin kohtiin huolimatta siitä, onko käytössä painetta jakava alusta. Iho tutkitaan säännöllisesti ja huolehditaan, että kantapää ei osu makuualustan pintaa vasten. Kantapäiden kohottamisessa käytetään pohkeen pituista vaahtotyynyä, joka ulottuu pohkeen pituudelle kokonaan välttämällä voimakkaan paineen akillesjänteen alle. Vältetään riski syvään laskimotukokseen ja polvilaskimon kompressioon polvien ollessa hieman koukistettuna. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Painauma-alueiden tarkistaminen tulisi tehdä jokaisen asennonvaihdon yhteydessä. Alkavaksi painehaavaksi voidaan kutsua alutta, jossa on punoitusta jäljellä vielä 15 minuutin kuluttua. Tällaisen alueen hoidoksi suositellaan ihon rasvaamista, ilmakylpyä ja kuormituksen vähentämistä (Laato & Kössi 2010). Potilaan asennonmuutosten tiheys, asennot ja asennonvaihdon

vaikutuksen arviointi kirjataan. Potilasasiakirjoihin kirjaus on asennonvaihtojen toteutumisen näyttönä ja dokumentoi hoidon toteutuksen. (NPUAP/EPUAP 2014.)

4.5 Apuvälineet paineen poistamiseksi

Jokaisen potilaan kohdalla apuvälineet valitaan yksilöllisesti tarpeiden mukaan. Apuvälineitä, jotka suojaavat hankaukselta ja paineelta, löytyy runsaasti. Apuvälineiden ja säännöllisen kuntoutuksen avulla edistetään tasapainoa, liikkumista, omatoimisuutta ja lihaskuntoa. Apuvälineiden tarkoitus ei ole hankaloittaa tai estää päivittäisiä toimia. Apuvälineet painehaavan ennaltaehkäisyyn liittyvät potilaan peseytymiseen, wc:ssä käymiseen, siirtymiseen, sekä pyörätuolissa istumiseen ja sängyssä olemiseen. Potilaiden siirtämiseen ja nostoon tarkoitettujen apuvälineiden avulla pystytään muuttamaan potilaan asentoa niin, ettei se aiheuta potilaalle ihovaurioita. (Juutilainen & Hietanen 2012, 320.)

Istuin- ja makuualustat jakavat painetta sekä vähentävät kudoksiin kohdistuvaa kuormitusta. Istuin- ja makuualustat valitaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti, riippuen terapeuttisten toimintojen tarpeesta ja halutusta paineen kevennyksestä. Makuualustaksi valitaan potilaan tarpeiden mukainen. Paineen jakamisen tarvetta pohditaan huomioimalla potilaan paino ja koko sekä aktiivisuuden taso. Lisäksi huomioidaan mahdollisten painehaavojen sijainti, lukumäärä ja vakavuus sekä painehaavojen kehittymisen riski. Painetta jakavien makuualustojen tarkoitus on vähentää painetta tai vaihdella kuormitusta kehon eri osissa vuorotellen. Näin vähennetään kehon eri osien kuormituksen kestoa. (NPUAP/EPUAP 2014.)

Asentoa ylläpitävien apuvälineiden valinnassa huomioidaan potilaan rakenne ja kehon koko, elämäntavat ja liikuntakyky. Lisäksi otetaan huomioon mahdolliset virheasennot ja paineen jakautuminen. Istuintyyntyä valitessa huomioidaan tyynyn ja suojuksen ilmanvaihto kosteuden ja lämmön vähentämiseksi pakaroiden alla sekä tyynynpäällinen, joka muotoutuu potilaan kehon mukaan. Istuintyynyn tulee olla potilaan tarpeiden mukainen ja istuintyynyjen kuluminen tarkistetaan päivittäin (NPUAP/EPUAP 2014). Pyörätuolin tulee olla sopivan kokoinen potilaalle ja se säädetään yksilöllisesti optimaaliseen istuinasentoon. Mitoituksen ollessa väärä, saattaa potilaalle aiheutua painetta ja hankausta selkänojasta ja pyörätuolin sivuilta istumapaikalleen lisäksi. (Juutilainen & Hietanen 2012, 324.)

5 Hoitotyön kirjaaminen

Lähtökohtana hoitotyön kirjaamiselle on perustehtävän tunnistaminen ammatillisesti. Perustehtävällä tarkoitetaan potilaan auttamista yksilöllisesti hoitotyön keinoja käyttäen. Potilasjärjestelmään kirjaaminen perustuu aina ammattilaisten taitoon, tietoon ja päätöksentekoon. Keskeistä on kirjata potilaan tilanteessa tapahtuvat muutokset arvioiden ja seuraten hoidon vaikutuksia. Kirjaamisessa on tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta loogisuus ja selkeys. Hyvä

kirjaaminen lisää hoitoisuuden luotettavuutta. Hoitokertomukseen sisällytetään potilaan hoidon suunnitelma, toteutus, seuranta ja arviointi. Päivittäinen kirjaaminen ja hoidon suunnittelu ovat moniammatillisuuden työväline, jonka avulla ammattilaiset pyrkivät toteuttamaan hyvää hoitoa potilaan ja omaisten kanssa yhteistyössä (Nykänen, Viitanen & Kuusisto 2010). Potilasasiakirjaan kirjataan olennaisimmat potilaan hoitoon liittyvät tiedot ja potilaskertomuksesta tulee saada potilaan hoidosta ja sen toteutuksesta selkeä käsitys. Kirjaamisen tarkoituksena on potilaan hyvän hoidon tukeminen. Hoitotyön prosessi koostuu hoidon tarpeesta, tavoitteista, toteutuksesta ja hoidon arvioinnista. (Iivanainen & Syväoja 2012, 15.)

Hoitotyön kirjaamisen tulee olla rakenteista, siten tiedon hyödyntäminen ja käyttäminen ovat mahdollisia. Potilaan yksilölliseen potilastietojärjestelmään kirjataan painehaavan riskin arvioinnin tulokset ja niiden perusteella tehtävät hoitotoimenpiteet. Yhdenmukainen kirjaaminen saattaa edesauttaa painehaavojen hoidon tuloksia ja seuranta. Kirjaamiseen on mahdollista saada parannuksia rakenteisen näytön perustuvan kirjaamisen avulla. Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen avulla edistetään kirjaamisen yhdenmukaisuutta ja sen avulla parannetaan hoidon vaikutuksen ja tulosten seuraamista. Sähköiseen potilastietojärjestelmään lisätään tehty painehaavariskimittari. Riskimittarin arvioinnin tulokset ja tuloksien perusteella tehtävät hoitotoimenpiteet painehaavan ennaltaehkäisemiseksi kirjataan jokaisen potilaan hoitosuunnitelmaan. (Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä: Hoitotyön suositus, 2015.)

6 Tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Invalidiliiton Asumispalvelu Oy:n Hämeenlinnan Validia-kodin hoitajien kokemuksia painehaavoista ja niiden ennaltaehkäisemisestä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää minkälaista tietoa ja osaamista heillä on aiheesta. Tutkimuksen avulla saadaan tietoa hoitajien tietämyksestä ja osaamisesta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa aiheesta tietoa hoitokodin hoitajille ja kyselyn avulla he voivat pohtia omia toimintatapojaan ja muuttaa niitä tarvittaessa.

Tutkimuskysymykset

1. Millaista tietoa hoitajilla on painehaavoista?
2. Mikä on hoitajien kokemus painehaavojen ennaltaehkäisystä?
3. Miten hoitajat ehkäisevät työssään painehaavojen syntymistä?

7 Tutkimuksen toteutus

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivinen tutkimus sopii valmiiseen tutkimusalueeseen, johon halutaan kehittää uutta näkökulmaa tai epäillä tutkimustuloksia, käsitteen tai teorian merkitystä, aiemmin käytettyä tai vakiintunutta metodiikkaa. Valinnan perusteena voi olla myös asian käsitteleminen ymmärtämisen näkökulmasta. Tavoitteena kvalitatiivisen tutkimuksen erilaisilla lähestymistavoilla on tutkimusaineiston erojen, samanlaisuuksien ja toimintatapojen löytäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 66). Opinnäytetyöprosessi alkoi syyskuussa 2016. Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin kokoamalla aiheesta teorialtietoa. Teoriatiedon jälkeen lähdimme suunnittelemaan tutkimusta ja teimme kyselylomakkeen yhteistyötahon hoitajille. Hoitajilla tarkoitetaan Validia-kodissa työskenteleviä lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Tutkimusmenetelmänä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, koska haluttiin kartoittaa kokemuksiin perustuvaa tietoa.

Tutkimuksessa, joka on toteutettu laadullisella tutkimusmenetelmällä, tutkimusaineiston koosta säätelee laatu, ei sen määrä. Tutkimusaineiston tavoitteena on toimia ilmiön tai asian ymmärtämisen apuvälineenä tai muodostaa mielekäs tulkinta teoreettisesti. Laadullisessa tutkimuksessa yleistettävyyttä ei tavoitella samoin kuin tutkimuksessa, joka on tehty määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Tutkimuksen tavoitteena on kyseenalaistaa vanhoja ajatusmalleja ja selittää ilmiö ymmärrettävästi niin, että se mahdollistaa ajattelemaan asiaa toisin tilastollisten yleistyksien sijaan. Pienellä tutkimusaineiston määrällä päästään tähän tavoitteeseen, jos tehdään analyysi perusteellisesti (Vilkkä 2005, 126). Opinnäytetyötä varten tehtiin kyselylomake, jossa avoimien kysymyksien avulla kartoitettiin yhteistyötahon hoitajien kokemuksia, tietoa ja osaamista painehaavojen ennaltaehkäisystä. Kyselylomake annettiin hoitajille täytettäväksi tammikuun 2017 alussa paperiversiona ja vastausaika päättyi 5. helmikuuta 2017. Vastaukset palautettiin suljettuun palautuslaatikkoon. Kyselystä tiedotettiin sähköisesti ja suullisesti hoitokodin hoitajille. Kyselylomakkeen vastaukset analysoidaan sisällönanalyysillä, jonka jälkeen tutkimuksen johtopäätökset annetaan tiedoksi yhteistyötaholle.

7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tämän opinnäytetyön yhteistyötahoksi valikoitiin Invalidiliiton Asumispalvelut Oy:n Hämeenlinnan Validia-koti. Tutkimuslupa saatiin syksyllä 2016 Hämeenlinnan Validia-kodin lähiesimieheltä. Hämeenlinnan Validia-koti on suunnattu ikääntyville, jotka tarvitsevat tehostettua asumispalvelua. Palvelu on turvallista ja kodinomaista sekä hoito on ympärivuorokautista (Hämeenlinnan Validia-koti 2016). Toiminnan tavoitteena on itsenäisen asumisen tukeminen sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Hämeenlinnan Validia-koti tarjoaa yksilöllisen palvelukokonaisuuden asiakkaille (Palveluasuminen ikäihmisille - turvallista asumista ja huolenpitoa Validia-kodissa 2016). Hämeenlinnan Validia-

kodin hoitohenkilökunta koostuu 23 lähihoitajasta ja kahdesta sairaanhoitajasta. Lisäksi hoitokodissa työskentelee lähiesimies ja palvelupäällikkö. Hoitokodissa on tällä hetkellä yhteensä 44 asukasta. (Ylitolonen 2016.)

Tarkoituksen mukaisella otannalla eli valikoivalla otoksella tarkoitetaan tutkijan tietoista valintaa tutkimuksensa aineiston osallistujiksi, tapahtumiksi ja osioksi. Tällöin valitaan tiedonantajiksi henkilöitä, joilla on paljon kokemusta ja tietoa asiasta. Aineistot kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat yleensä otokseltaan kyselyitä pienempiä ja niissä keskitytään aineiston laatuun määrän sijasta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään otoksessa yksittäisiin tapauksiin, tapahtumiin ja kokemuksiin eikä tutkittavien lukumäärään (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110-112). Tämän opinnäytetyön tutkimuksen osallistujiksi valikoitiin Hämeenlinnan Validia-kodin hoitajat, koska he toteuttavat päivittäistä hoitotyötä. Lisäksi heillä on eniten tietoa ja kokemusta asiasta.

7.2 Kyselylomake ja aineistonkeruu

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerättiin kyselylomakkeella (liite 2), koska toiveena oli saada kohderyhmältä näin isompi vastausprosentti. Kyselylomakkeeseen päädyttiin myös, koska aineiston kerääminen ei onnistu haastatteluna, koska Hämeenlinnan Validia-kodin hoitajat tekevät kolmivuorotyötä. Hoitajat voivat vastata kyselylomakkeeseen oman aikataulunsa mukaan vastausajan puitteissa. Aineiston keräämisen toimiva tapa on lomakehaastattelu silloin, kun tutkimuksen tavoite on rajattu, yhtä asiaa koskeva kokemus, näkemys, mielipide ja käsitys sekä tutkimusongelman laajuus eivät ole kovin suuria (Vilkkä 2005, 101). Kyselytutkimuksella tarkastellaan ja kerätään tietoa erilaisista ihmisten arvoista, mielipiteistä, asenteista, toiminnasta ja yhteiskunnan ilmiöistä. Kyselytutkimuksessa esitetään kyselylomakkeen välityksellä kysymyksiä vastaajalle (Vehkalahti 2014, 11). Kyselylomakkeessa kysymykset toteutetaan avoimina kysymyksinä. Avoimien kysymyksien etuna on, että vastausten sisällä saattaa olla hyviä ideoita. Voidaan saada myös selville perusteellisesti vastaajan mielipide. (Valli & Aaltola 2015, 106.)

Teoreettinen viitekehys ja tutkimuksen keskeisimmät käsitteet täytyy olla suunniteltuna ennen kyselylomakkeen tekoa. Tutkittavaa asiaa mitataan käsitteiden ja viitekehysten avulla. Suunniteltaessa kyselylomaketta perehdytään tutkimusta koskevaan teoriaan ja aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin. Kyselylomakkeen tulee mitata asioita, joita mitataan teoreettisilla käsitteillä. Kyselylomakkeen tekoon on hyvä käyttää reilusti aikaa ja testata kysymykset ennen käyttöä (Vilkkä 2015, 101-102). Tutkijan tulee tietää kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tutkimusprosessissa kyselylomake ja tutkimussuunnitelma liittyvät toisiinsa. Kyselyn kysymykset voivat olla sekamuotoisia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä tavoitellaan vastaajilta va-

paita näkemyksiä ja tällöin rajataan vastaamista mahdollisimman vähän. Kyselylomakkeen kysymykset muotoillaan niin, että ne ovat tuttuja vastaajalle. Tämän takia on hyvä tuntee valittu kohderyhmä. Kyselyyn vastaajan kannalta on tärkeää kysymyksen järjestys. Vastaamista helpottaa kyselyn johdonmukaisuus. (Vilka 2015, 106-108.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tutkimuskysymyksen ja kootun teorian pohjalta. Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä haluttiin kartoittaa hoitajien tietoa, taitoa ja kokemuksia painehaavoista ja niiden ennaltaehkäisystä. Avoimilla kysymyksillä haluttiin vastauksia tiettyihin aihealueisiin, kuitenkin antamalla vastaajalle mahdollisuus tuoda esille omat näkemykset ja kokemukset. Kyselylomakkeeseen valikoitiin seuraavat kysymykset:

1. Kuva, mistä tunnistat painehaavan?
2. Mitkä tekijät altistavat painehaavan syntymiseen?
3. Miten huolehdit paineen poistamisen istuvalta asukkaalta?
4. Miten huomioit vuoteessa olevan asukkaan ihon kuntoa?
5. Mikä on sinun kokemuksesi painehaavan syntymisen ennaltaehkäisystä?

Ennen kyselylomakkeen käyttöönottoa on lomake testattava. Tällä tarkoitetaan sitä, että kyselylomakkeen arvioi kriittisesti muutama ihminen, jotka vastaavat perusjoukkoa. Testaamisessa arvioidaan vastausohjeiden ja kysymysten yksiselitteisyys ja selkeys, vastausajan kohtuullisuus, kyselyn pituus ja vastausvaihtoehtojen toimivuus. Lisäksi testaajien tulisi arvioida jääkö kyselylomakkeesta puuttumaan tutkimuksen kannalta jokin olennainen kysymys. Kyselylomakkeen testaajat on hyvä valita harkitusti, koska testauksen onnistuminen edellyttää perusteltuja kommentteja (Vilka 2015, 106-108). Ennen kyselylomakkeen käyttöönottoa kyselylomake testattiin kahdella henkilöllä. Testaajat tekivät kyselyn ja antoivat siitä palautetta. Testattavat kokivat kyselyn olevan pituudeltaan ja sisällöltään hyvä ja riittävä. Lisäksi kysymykset koettiin kokemuksiin perustuvina. Ensimmäinen kysymys koettiin hieman epäselvänä. Kysymyksessä pyydettiin kuvaamaan, mistä painehaavan tunnistaa. Epäselvyyttä toi se, haettiin kysymyksellä luokituksia. Muut kysymykset koettiin selkeinä ja ymmärrettävinä. Kysymyksiin ei tehty muutoksia, vaikka yksi kysymys koettiin epäselvänä. Ensimmäisellä kysymyksellä haetaan kuitenkin jokaisen omia näkemyksiä ja tietoa painehaavan tunnistamisesta, jolloin vastaaja saa vastata kysymykseen haluamallaan tavalla. Jokaiseen kysymykseen saatiin haettuja vastauksia ja kyselyn tekemiseen testattavilla meni 15-20 minuuttia.

Kyselylomakkeeseen liitetään saatekirje (liite 1), jossa selvitetään vastaajille tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Saatekirjeen tarkoituksena on tutkimuskohteen vakuuttaminen tutkimuksesta, tutkimuskohteen motivoiminen tutkimukseen osallistumiseen ja kyselyyn vastaamiseen. Tutkijat perustelevat saatekirjeessä tutkimuksensa tärkeyden. Tutkittavalla tulee olla

tieteellisen käytännön mukaan riittävästi tietoa tutkimuksesta. Kyselylomakkeen saaja arvioi ja tekee päätöksen saatekirjeen perusteella osallistumisestaan tutkimukseen (Vilkkä 2005, 152-153). Saatekirjeen suunnitteluun on tärkeää käyttää aikaa, koska sillä on vastausprosenttiin suora vaikutus. Saatekirjeen on luotava vastausmotivaatiota ja luottamusta (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 133). Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin, ketkä tutkimusta tekevät ja mitä opinnäytetyö käsittelee. Lisäksi kerrottiin, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Saatekirjeessä mainittiin kyselyyn vastaamisen olevan vapaaehtoista ja se tehdään nimettömästi. Saatekirjeessä tulee ilmi myös vastausajan päätyminen.

7.3 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston perusanalyysi on sisällönanalyysi. Se mahdollistaa erilaisten aineistojen kuvaamisen ja analysoimisen. Sisällönanalyysillä aineisto tiivistetään, tutkittava ilmiö kuvailaan yleistävästi ja dokumentin sisältö kuvataan sanallisesti. Sisällönanalyysi on prosessi, jossa aineistoon tutustutaan ja se pelkistetään, luokitellaan ja tulkitaan. Lisäksi arvioidaan sen luotettavuutta ja raportoidaan aineistolähtöisesti. Tavoitteena on esittää ilmiö laajasti ja tiiviisti. Sen tuloksena syntyy käsiteluoituksia. Sisällönanalyysillä tavoitellaan seurauksia, sisältöä ja merkityksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-169.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi. Siinä sanat luokitellaan teoreettisen merkityksen perustein. Tutkimusaineistosta pyritään induktiivisessa analyysissä luomaan kokonaisuus teoreettisesti niin, että aiemmat tiedot, teoriat tai havainnot eivät ohjaa analyysiä. Raportointi toteutetaan aineistolähtöisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 165-169). Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä prosessi on kolmivaiheinen. Prosessissa aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja luodaan teoreettisia käsitteitä. Pelkistämisessä eli redusoinnissa aineistosta poistetaan tutkimukselle epäolennaiset asiat. Pelkistäminen voi tapahtua pilkkomalla tieto osiin tai tiivistämällä se. Pelkistämisessä aineistosta haetaan ilmaisuja, jotka kuvaavat tutkimuskysymyksiä. Apuna voi käyttää esimerkiksi erivärisiä kyniä ilmaisujen alleviivauksessa. Sisällönanalyysissä määritetään yksittäinen analyysiyksikkö ennen analyysin aloittamista. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, jonka määrittelyä ohjaa aineiston laatu ja tutkimuksen tehtävä. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineisto käydään läpi tarkkaan ja samalla aineistosta löydetään eroavaisuudet ja samankaltaisuudet. Silloin muodostetaan erilaisia käsitteitä, jotka yhdistellään ja ryhmitellään luokiksi. Luokkien sisältö nimetään sisältöä kuvaavaksi käsitteeksi. Aineisto tiivistyy sisältöä luokitellessa ja niistä muodostuu alaluokkia. Ryhmittelyn jälkeen sisältö abstrahoidaan eli luodaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnin avulla löydetään tutkimukselle olennainen tieto ja muodostetaan tällä tavoin teoreettisia käsitteitä. Aineiston abstrahoinnin avulla edetään johtopäätöksiin ja teo-

reettisiin käsitteisiin. Tutkimustehtävään saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin käsitteitä yhdistämällä. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi pohjautuu päättelyyn ja tulkintaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Kyselylomakkeiden sisällönanalyysi aloitettiin tutustumalla vastauslomakkeisiin. Aineiston analysointia helpotti vastausten läpi käyminen useaan otteeseen. Vastauslomakkeiden tutustumisen jälkeen vastaukset koottiin erilliselle paperille, josta oli helpompi hahmottaa vastaukset. Jokaisen kysymyksen vastaukset käytiin läpi yksitellen. Aineistoon ei valittu vastauksia, jotka eivät olleet olennaisia tutkimukselle. Vastauksien ollessa paperilla samankaltaiset sanat alleviivattiin erivärisillä kynillä. Aineisto ryhmiteltiin, joka auttoi hahmottamaan kokonaisuutta ja löytämään vastausten yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Vastauksista etsittiin ensin samankaltaiset sanat ja sen jälkeen yksittäiset sanat ryhmiteltiin erikseen. Tämän avulla muodostettiin erilaisia käsitteitä. Käsitteiden muodostamisen jälkeen aineisto abstrahoitettiin.

8 Opinnäytetyön tulokset

Kyselyyn vastaaminen päättyi 5. helmikuuta 2017. Heti vastausajan päätyttyä aloitettiin kyselylomakkeiden analysoiminen. Tutkimukseen osallistui kymmenen hoitajaa. Vastausprosentiksi muodostui 40 prosenttia. Tutkimustulokset on jaoteltu ja käsitelty kyselylomakkeen kysymysten mukaan. Lisäksi jokaisesta kysymyksestä on annettu esimerkkivastauksia.

8.1 Painehaavan tunnistaminen

Ensimmäisellä kysymyksellä haluttiin kartoittaa hoitohenkilökunnan tietämystä painehaavan tunnistamisesta. Tämän kysymyksen vastaukset olivat aiheeltaan hyvin erilaisia. Lähes kaikki hoitajat mainitsivat ihon punoituksen ja osa oli tarkentanut, ettei punoitus lähde pois, kun paine poistetaan. Kaksi hoitajista mainitsi painehaavan olevan selkeärajainen tummunut, sinertävä kudosaaurio, venytyksen tai painauman aiheuttama märkivä tai erittävä haava. Muutama hoitajista kertoi tunnistavansa painehaavan ihomuutoksista tai iholla olevasta vauriosta. Kolme hoitajista oli kertonut painehaavaan tyypillisestä sijainnista luisten ulokkeiden kohdalla, jotka olivat esimerkiksi kantapäät, pakarat ja selkä.

”Aluksi iho punoittaa, voi olla jo ihorikko ja siitä se lähtee etenemään. Jos ihossa on punoittava kohta, joka ei häviä, kun paine otetaan siitä pois, luultavimmin on alkava painehaava.”

”Iho punoittaa, ihon punoitus ei poistu, vaikka paine kyseisestä kohdasta poistetaan. Voi olla turvoksissa, iho rikkoutuu, voi olla isokin, kraatterimainen haava. Tyypillisiä paikkoja mm. kantapäät, alaselkä, häntäluunalue, pakarat ym. joissa luut parhaiten esillä ja näin ollen painaa istuessa ja maatessa.”

8.2 Painehaavoille altistavat tekijät

Tällä kysymyksellä haettiin hoitohenkilökunnan tietoa painehaavalle altistavista tekijöistä. Kysymykseen oli vastattu listaamalla altistavia tekijöitä. Kaikki hoitajat kertoivat altistavaksi tekijöiksi liikkumattomuuden ja sen, että asukas ei pysty itse vaihtamaan asentoaan. Lisäksi kolme mainitsi asukkaiden liian kauan istuttamisen ja yksi huonon asentohoidon vaikuttavan painehaavan syntymiseen. Vastauksissa tuli ilmi huonon ravitsemuksen ja niukan nesteensaannin vaikutukset. Puolet hoitajista kokivat altistaviksi tekijöiksi huonon yleistilan, huonon ihon kunnon ja verenkiertohäiriöt. Yhden hoitajan kokemuksen mukaan vaatteet ja lakanat tulee olla suorina asukkaan alla ja toinen hoitaja kertoi vääränlaisten patjojen ja tyynyjen vaikuttavan painehaavan syntymiseen. Useassa vastauksessa tuli ilmi sairauksien ja alipainon vaikutukset.

”Jatkuvasti samassa asennossa oleminen esim. sängyssä tai pyörätuolissa.”

”Ihon kunto, huono asentohoito, vääränlaiset patjat/tyynyt tuolissa/sängyssä.”

”Liikkumattomuus, huono ravitsemus, laihuus, huono yleistila, ihon kunto ja sen ohentuminen, kuivuminen, painavat vaatteiden saumat yms.”

8.3 Painehaavojen ennaltaehkäisy istuvalta asukkaalta

Tällä kysymyksellä kartoitettiin hoitohenkilökunnan osaamista huolehtia paineen poistamisesta istuvalta asukkaalta. Kysymyksen vastauksien laajuus oli vaihteleva ja suurimmaksi osaksi oli vastattu kysymykseen hyvin lyhyesti. Jokaisessa vastauksessa tulee ilmi, että asentoa tulisi vaihtaa usein ja yhdeksän kymmenestä hoitajasta mainitsi erilaiset istuintyynt ja -pehmusteet. Yhdessä vastauksessa kerrottiin, että asukasta saa istuttaa kaksi tuntia kerrallaan. Jos asukas istuu geriatrisessa tuolissa, yksi hoitaja huolehtii asennon vaihtamisesta tuolia säätämällä eri asentoon. Muutama hoitaja koki, että asukkaan istuessa on huolehdittava myös jalkojen asennosta esimerkiksi laittamalla tyynyn jalan ja jalkatuen väliin.

”Vaihdetaan asentoa usein, 2h kerrallaan istumista.”

”Ei istuteta pitkiä aikoja pyörätuolissa, etenkin jos asukas ei voi itse vaihtaa asentoa välillä. G-tuolissa voi hyvin vaihdella asentoa tuolia säätämällä. Tuoleihin on saatavilla istuinpehmusteita, on vaahtomuovia, geelimäisiä ym.”

Valitsee asukkaalle parhaiten sopivan. Jos pyörätuolissa jokin kohta painaa niin pehmikettä siihenkin esim. tyyny jalan ja jalkatuen väliin.”

8.4 Ihon kunnon huomioiminen

Tällä kysymyksellä kartoitettiin hoitohenkilökunnan kokemusta ja osaamista huomioida vuoteessa olevan asukkaan ihon kuntoa. Kysymykseen oli vastattu hyvin lyhyesti. Yhdeksän kymmenestä hoitajasta mainitsi asentohoidot sekä ihon rasvaamisen. Suurin osa hoitajista kertoi tarkistavansa ihon kunnon säännöllisesti esimerkiksi aamuin ja illoin tai hoitotoimien yhteydessä. Muutaman hoitajan kokemuksen mukaan ihon kuntoon vaikuttaa hyvät makuualustat sekä riittävä ravitsemus ja nesteensaanti.

”Aina vuodepesujen aikana tarkkailee mahd. painehaava paikkoja. Asentohoidot ja rasvaaminen.”

”Hoitotoimissa, suihkussa ja vaatteiden vaihdon yhteydessä tarkistetaan ihon kunto ja iho rasvataan. Hyvä ravinto.”

8.5 Kokemukset painehaavan syntymisestä

Viimeisellä kysymyksellä haluttiin kartoittaa vastaajien omia kokemuksia painehaavan syntymisen ennaltaehkäisystä. Tähän kysymykseen saatiin ainoastaan kahdeksan vastausta ja vastaajien kokemukset olivat hyvin vaihtelevia. Neljä hoitajaa kertoo huolehtivansa ennaltaehkäisystä asentohoidoilla. Yksi hoitaja on avannut asentohoitojen tärkeyttä tarkemmin. Hän kertoo, että kun ravinto ei enää imeydy, painehaavoja syntyy helpommin. Lisäksi on vaikea löytää ideaalia asentoa, kun luut ovat esillä. Yhden hoitajan kokemuksen mukaan painehaava saattaa tulla yllättävän nopeasti. Toinen hoitaja koki, että kun punertava iho on huomattu, paineen purku aloitetaan. Samalla myös raportoidaan asiasta muille hoitajille. Yksi hoitaja kertoi painehaavojen ennaltaehkäisyn kokemuksen melko huonoksi, koska asialle tehdään jotain vasta silloin, kun painehaava on jo syntynyt. Muutama hoitaja mainitsi huolehtivansa ennaltaehkäisystä seuraamalla ihoa, rasvaamalla sitä ja huolehtivansa asukkaan hyvästä ravitsemuksesta. Yksi hoitaja huolehtii, ettei asukkaiden vaatteet ole huonosti selän alla. Yksi hoitaja kertoi huolehtivansa painehaavojen ennaltaehkäisystä hyvällä ihon hoidolla, istuinytynnyillä, erikoispatjoilla sekä, ettei istuteta asukasta liian pitkään. Lisäksi hän mainitsi ihon jatkuvan seurannan ja tarkkailun. Toinen hoitaja tarkensi, ettei asukasta tule istuttaa aamusta iltaan. kaksi hoitajaa kokivat, että painehaavapatjoja on mahdollista saada vasta sitten, kun asukkaalla on ollut painehaavoja tai hänellä on taipumus painehaavoille.

”Kun on huomattu punertava kohta, on aloitettu paineen purku. Samalla myös raportoitu muille hoitajille asiasta.”

”Asentohoidot ja painehaavapatjat, joita kylläkin saa vasta kun on ollut painehaavoja/taipumus painehaavoille. Ihon rasvaus, riittävä nesteytys ja energian saanti.”

”Melko huono, asialle tehdään vasta silloin jotakin, kun painehaava on jo syntynyt.”

9 Pohdinta

Opinnäytetyön prosessi alkoi syksyllä 2016 aiheen valitsemisella. Opinnäytetyön tekijöitä kiinnostivat haavat yleisesti ja tästä heräsi ajatus opinnäytetyön aiheesta. Yhteistyötahon saaminen mukaan työhön oli helppoa, koska aihetta ehdotettiin toisen opinnäytetyöntekijän työpaikalle. Työpaikka lähti työhön mukaan mielellään. Aihe rajattiin painehaavojen ennaltaehkäisyyn, koska opinnäytetyön tekijöiden mielestä hoitotyössä hyvällä ennaltaehkäisyllä ja varhaisella tunnistamisella haavoja ei pääsisi syntymään eikä haavoja olisi tällöin hoidettavana.

Opinnäytetyön tekijöiden yhteistyö oli sujuvaa. Aikataulut saatiin hyvin sopimaan ja työn tekemistä helpotti tekijöiden asuminen lähellä toisiaan. Työ aloitettiin kokoamalla teoriaosuus. Teoriaosuus jaettiin tekijöiden kesken tasapuolisesti. Työn muu osuus tehtiin yhdessä, koska tällöin työstä saatiin yhtenäinen ja molempien näkemykset tuli huomioitua. Koko opinnäytetyöprosessin ajan pysyttiin aikataulussa. Yhteistyö yhteistyötahon yhteyshenkilön kanssa tapahtui pääosin sähköpostilla ja puhelimen välityksellä. Yhteyshenkilö tavattiin kahdesti, jolloin käytiin läpi työn suunnitelma ja eteneminen. Opinnäytetyön etenemisestä myös kerrottiin sähköpostitse prosessin aikana.

Tutkimukseen osallistuneiden määrä jäi odotettua pienemmäksi. Opinnäytetyön tekijät olisivat toivoneet useamman hoitohenkilökunnan jäsenen vastaavan kyselyyn. Tutkimuksen toteuttamisen jälkeen jäimme pohtimaan, millä keinoin hoitajia olisi pitänyt paremmin motivoida kyselyyn vastaamiseen. Ajatuksena oli ennen kyselylomakkeen viemistä yhteistyötaholle, että motivoimana tekijänä olisi se, että tutkimusta toteuttaa yksi henkilökunnan jäsenistä. Motivaatiota olisi lisäksi saattanut lisätä se, että ennen kyselytutkimuksen alkamista hoitajia olisi tiedotettu asiasta paremmin sekä mahdollisesti järjestetty aika kyselyyn vastaamiseen työajan puitteissa. Motivaatiota laskevina tekijöinä näemme mahdollisesti ajan puutteellisuuden tai sen, ettei aihe ei ole hoitajien mielestä kiinnostava tai ajankohtainen.

Vastaukset olivat suurimmaksi osin laajuudeltaan lyhyitä sekä vastauksia ei oltu perusteltu. Tutkimuksen jälkeen heräsi ajatus, että tämän tyyppinen tutkimus olisi ollut parempi toteuttaa teemahaastatteluna. Silloin olisimme ehkä saaneet enemmän vastauksia ja vastauksien laatu oli voinut olla laajempi. Koko opinnäytetyöprosessin ajan työtä on ollut mielenkiintoista tehdä. Lisäksi koottu teorian tieto on tuonut paljon uutta tietoa ja taitoa opinnäytetyön tekijöille, mutta myös vahvistanut jo olemassa olevaa osaamista. Tulevaisuudessa työstä saatua tietoa pystyy hyödyntämään monissa erilaisissa hoitotyön ympäristöissä, koska painehaavojen ennaltaehkäisy ja varhainen tunnistaminen ovat tärkeitä perusasioita hoitotyön arjessa.

Tutkimus toi esille sen, että hoitajilla on tietoa painehaavojen syntymisestä, altistavista tekijöistä ja ennaltaehkäisystä. Tutkimusta tehdessä todettiin, että hoitajien tietoudessa ja osaamisessa on hyvin paljon vaihtelua. Tutkimuksesta jäi epäselväksi se, että miten hoitajat hyödyntävät olemassa olevaa tietoa käytännön hoitotyössä. Muutamassa vastauksessa tuli ilmi, että painehaavojen ennaltaehkäiseminen on huonoa ja asialle tehdään jotain vasta kun painehaava on syntynyt. Opinnäytetyön tekijät jäivät pohtimaan tutkimuksen perusteella, että ennaltaehkäisyä pitäisi tehostaa.

9.1 Johtopäätökset ja jatkosuunnitelma

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien tietoa, osaamista ja kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisystä. Kyselyn tavoitteena oli saada vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyötä aloittaessa ajatuksena ja toiveena oli saada vastauksia kyselyyn mahdollisimman monelta hoitajalta. Kyselyyn vastasi 40 prosenttia hoitajista. Osa kyselyn vastauksista oli melko suppeita ja aina vastauksista ei saatu kokonaisvaltaista käsitystä henkilökunnan tiedoista, osaamisesta ja kokemuksista. Tutkimuksesta tuli ilmi, että hoitajilla on jonkin verran tietoa painehaavan tunnistamisesta. Osa hoitajista kertoi tunnistavansa alkavan painehaavan ihon punoituksesta, joka on syvyysluokittelun mukaan ensimmäisen asteen painehaava. Lisäksi hoitajat tiesivät paineen tai venytyksen aiheuttavan painehaavoja. Hoitajat tiesivät hyvin myös yleisimpiä sijainteja, joihin painehaavat tavallisesti syntyvät. Vastauksista ei tullut ilmi asukkaan tuntemuksien tai kivun huomointia. Lisäksi syvyysluokituksia ei mainittu vastauksissa. Vastauksien perusteella painehaava tunnistetaan ihomuutoksien perusteella.

Tämän tutkimuksen perusteella hoitajilla on hyvä tieto painehaavojen altistavista tekijöistä. Vastauksissa oli avattu monesta eri näkökulmasta altistavia tekijöitä. Hoitajat mainitsivat ihon kunnon huolehtimisen, mutta kukaan ei ollut kertonut, miten he huolehtivat siitä. Tärkeää on ihon pitäminen kuivana, koska hikoilusta ja eritteistä tuleva kosteus ovat altistavia tekijöitä. Vastauksissa oli kuitenkin mainittu liikkumattomuus ja kauan samassa asennossa oleminen, jotka ovat yleisimpiä painehaavoille altistavia tekijöitä. Tämän tutkimuksen perus-

teella hoitajat tietävät altistavista tekijöistä hyvin. Tutkimuksessa kartoitettiin myös hoitajien osaamista vuoteessa olevan asukkaan ihon kunnon huomioimisessa. Useampi hoitaja huolehtii ihon rasvaamisesta ja ihon kunnon seuraamisesta hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Vastauksissa tulee ilmi, että ihoa seurataan tarkkailemalla. Ihon kunnon huolehtimisessa olisi olennaista myös ihon säännöllinen tunnustelu ja arviointi jokaisen asennon vaihdoksen yhteydessä.

Tutkimuksesta tuli ilmi, että paineen poistamisesta istuvalta asukkaalta hoitajilla ei ole kovin paljoa tietoa. Vastauksissa on mainittu asennon vaihtamisen tärkeys sekä ettei istuteta kauaa. Vastauksista ei tule ilmi, kuinka usein hoitajat muuttavat asukkaan asentoa. Hoitosuosituksen mukaan asennon muutosta suositellaan 15 minuutin välein. Lisäksi suositellaan, ettei istuteta asukasta yhtäjaksoisesti yli kolmea tuntia. Hoitajat mainitsivat istuinpehmusteiden vaikutuksen paineeseen. Tärkeää on huolehtia päivittäin apuvälineiden kunnosta. Apuvälineet pitää valita jokaiselle asukkaalle yksilöllisesti ja asukkaan istuma-asento pyörätuolissa pitää säädellä asukkaalle sopivaksi. Vastauksissa ei tullut tätä ilmi.

Tutkimuksen avulla saatiin selville, että hoitajilla on monenlaisia kokemuksia painehaavojen ennaltaehkäisystä. Vastauksista tuli ilmi, että moni hoitaja tuntee asentohoitojen ja ihon hoidon merkityksen. Asentohoitoja kerrottiin toteuttavan, mutta vastauksissa ei perusteltu, miten ja kuinka usein asentohoitoja toteutetaan. Hoitosuositusten mukaan asennon muutoksia tulisi toteuttaa kahden tai kolmen tunnin välein niille henkilöille, jotka eivät itse kykene vaihtamaan asentoaan. Hoitajat kertovat käyttävänsä painehaavojen ennaltaehkäisyssä erilaisia istuin- ja makuualustoja. Erilaisilla apuvälineillä on merkitystä painopisteen poistamiseen ja vähentämiseen. Lisäksi mainittiin, että painehaavojen ennaltaehkäisyn kannalta olisi tärkeää saada ennen haavan syntymistä painehaavapatja asukkaille, joilla on riski painehaavaan.

Hoitajien kokemusten mukaan tärkeää on myös huolehtia runsasenergisien ravitsemuksen saannista sekä riittävästä nesteytyksestä. Vastauksista ei käy ilmi ravitsemustilan seurantaan käytettävän lomakkeen eli MNA:n käyttämistä. Lomakkeen avulla pystyttäisiin kartoittamaan etukäteen riskiä vaaaravitsemukseen, joka on painehaavalle altistava tekijä. Ainoastaan yksi hoitaja mainitsi muille hoitajille raportoinnin, kun painehaavan syntymisen merkit ovat täyttyneet. Hoitotyön kirjaaminen ja raportointi ovat tärkeitä asioita painehaavan syntymisen ennaltaehkäisyssä. Kirjaamisen avulla pystytään myös havainnoimaan mahdollisen painehaavan kehittymistä. Yksi hoitaja summaa painehaavojen ennaltaehkäisystä olevan huonoja kokemuksia. Hän kokee, että painehaava ehtii usein syntymään ennen kuin asialle tehdään jotain. Tällöin siis ennaltaehkäisy jää kokonaan toteuttamatta. Painehaavan riskin kartoittamiseen on olemassa erilaisia mittareita. Kenenkään hoitajan vastauksista ei tule ilmi riskikartoitusmittarin käyttöä. Riskikartoitusmittarin avulla pystyttäisiin löytämään helpommin asukkaat, joilla

on riski painehaavan syntymiseen. Tällöin ennaltaehkäisyä olisi helpompi lähteä toteuttamaan hyvissä ajoin.

Jatkosuunnitelman kannalta olisi tärkeää panostaa painehaavojen tehokkaampaan ennaltaehkäisyyn. Huolellisen ennaltaehkäisyn avulla säästettäisiin painehaavojen hoidon kustannuksia ja ajankäyttö olisi tehokkaampaa. Kokonaisvaltaiseen ennaltaehkäisyyn kuuluu asentohoitojen ja ihon kunnon seurannan lisäksi muitakin osa-alueita. Tulosten perusteella suositellaan, että jatkossa otettaisiin käyttöön painehaavan riskikartoitusmittari, jonka avulla huomioidaan kaikki ennaltaehkäisyyn kuuluvat osa-alueet. Riskikartoitusmittareiden käyttöönotto tarvitsee perehdyttämistä ja kouluttamista, jolloin käyttö olisi tehokasta ja yhteneväistä. Lisäksi ravitsemustilan kartoittamiseen ja seurantaan käytettävää MNA -testiä tulisi käyttää säännöllisesti, jotta mahdollinen vajaravitsemus huomioitaisiin ajoissa ja ravitsemusta tehostettaisiin. Hoitotyöntutkimussäätiö on tehnyt keskeiset hoitosuositukset painehaavan ehkäisystä ja tunnistamisesta aikuispotilaan hoitotyöstä, joihin olisi hyvä jokaisen hoitotyötä toteuttavan tutustua.

9.2 Eettisyys

Tutkimusetiikalla tarkoitetaan hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Eettisyys huomioidaan tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä puolestaan tarkoitetaan eettisiä tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä. Lisäksi se edellyttää, että tutkimuksen tekijät noudattavat huolellisuutta, tarkkuutta ja rehellisyyttä tehdessä tutkimusta ja esittäessä tutkimustuloksia. Tutkimuksen tieteellinen käytäntö vaatii, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan laadukkaasti (Vilka 2005, 29-32). Tässä opinnäytetyössä tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tarkasti ja eettisiä periaatteita noudattaen.

Tärkeitä eettisiä periaatteita laadulliselle tutkimukselle ovat luottamuksellisuus, henkilöllisyyden suojaaminen ja tiedonantajan vapaaehtoisuus. Tiedonantajaa ei saa tutkimuksella vahingoittaa. Välttämättä tiedonantajat eivät tutkimuksesta hyödy. Tutkimus saattaa kuitenkin parhaimmillaan edistää heidän tietoaan tutkittavasta asiasta. Eettisiin kysymyksiin kuuluu lisäksi arvioida roolia tutkijan ja tiedonantajan välillä (Janhonen & Nikkonen 2001, 39). Tutkimusten tekijöillä on vastuu taata tutkimusaineistojen säilyttäminen. Tällä tarkoitetaan, ettei tutkimusaineistot säilyvät ainoastaan tutkimusta toteuttavien hallussa. Tällä varmistetaan tutkittavien henkilöllisyyden suojaaminen (Vilka 2005, 34-35). Tässä opinnäytetyössä eettisyys huomioidiin keräämällä aineisto luottamuksellisesti. Kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista ja henkilöllisyys suojattiin vastaamalla nimettömästi. Kyselylomakkeet palautettiin suljettuun palautuslaatikkoon.

9.3 Luotettavuus

Luotettavuus laadullisessa tutkimuksessa liittyy aineiston laatuun ja analyysiin, tutkijaan sekä tuloksien esittämiseen. Sisällönanalyysin haasteena on lisäksi se, miten pystytään aineisto pelkistämään niin, että tutkittavaa ilmiötä kuvataan mahdollisimman luotettavasti. Tutkijan täytyy osoittaa aineiston ja tulosten välillä luotettava yhteys. Face-validateetilla lisätään sisällönanalyysiin luotettavuutta. Sillä tarkoitetaan, että tulokset kerrotaan tutkittaville tai henkilöille, jotka ovat ilmiön kanssa tuttuja (Janhonen & Nikkonen 2001, 36-37). Tulosten pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat, vaikka virheiden syntymistä pyritään tutkimuksen teossa välttämään. Sen takia tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan jokaisessa tutkimuksessa. Mittaustulosten toistettavuutta voidaan monella eri tavalla tutkia. Tutkimuksen tulosta voidaan pitää reliaabelina, jos samankaltaiseen tulokseen päätyy kaksi arvioijaa. Lisäksi tutkimuksen tulokset voidaan pitää reliaabelina, jos saadaan sama tulos tutkittaessa samaa henkilöä eri tutkimuskierroilla. Tutkimusta arvioidessa huomioidaan myös validius, joka tarkoittaa tutkimuksen kykyä mitata sitä, jota on juuri tarkoituksenakin mitata. Tämä tarkoittaa sitä, että vastaukset saadaan kyselylomakkeen kysymyksiin, mutta vastaaja on ymmärtänyt kysymykset eri lailla kuin tutkija on itse ne ajatellut. Tuloksia ei voida pitää pätevänä ja tosina, jos saadut tulokset on käsitelty tutkijan oman ajattelun mukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen tarkka toteutuksen kuvaaminen parantaa luotettavuutta laadullisessa tutkimuksessa. Totuudenmukaisesti ja selvästi kerrotaan tutkimuksen tuottamisen kaikki vaiheet (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-227). Tutkimuksen tulokset on käsitelty aineiston pohjalta ja tutkimuksen kaikki vaiheet on kerrottu totuudenmukaisesti. Tutkimuksen analysointiin ja tulosten esittämiseen ei ole sisällytetty tekijöiden omia mielipiteitä. Tulokset on esitetty aineistolähtöisesti mitään lisäämättä.

Tutkimuksen luotettavuutta ilmaiseva tekijä on myös vastausprosentti. Vastausprosentti kertoo, kuinka moni tutkimukseen valituista vastasi kyselylomakkeeseen. Tutkimuksen merkittävyys jää epäluotettavaksi, jos vastausprosentti jää liian pieneksi. Arvioidessa luotettavuutta on hyvä kertoa vastausprosentti, jolloin selviää vastanneiden määrä. Lisäksi tutkimuksessa arvioidaan vastauksien laatua. Vastausten laatua määrittelee esimerkiksi se, kuinka paljon vastauksien tiedoissa on puutteellisuuksia (Vehkalahti 2008, 44). Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen vastausprosentiksi tuli 40 prosenttia. Tässä opinnäytetyössä luotettavuus ilmenee niin, että tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset annetaan yhteistyötaholle tiedoksi ja nähtäväksi.

Lähteet

Painetut lähteet

Bjålie, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2007. Ihminen fysiologia ja anatomia. Suomentaja Mannila, K. & Oikarinen, L. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY.

Hietanen, H. 2011. Painehaavojen ehkäisy- ja hoito-ohjeet. Haava 2/2011. Espoo: Suomen Haavahoitoyhdistys, 24-25.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Juutilainen, V. & Hietanen, H. 2012. Haavahoidon periaatteet. Helsinki: Sanoma pro

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma pro.

Koivunen, M., Luotola, E., Hautaoja, P., Laine, K-M. & Asikainen P. 2014. Painehaavojen ehkäisy, osaaminen ja koulutustarpeet erikoissairaanhoidossa -pilottitutkimus hoitohenkilökunnalle. Tutkiva Hoitotiede 3/2014, 14-21.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma pro.

Siljamäki-Ojansuu, U. 2012. Ravitseminen ja haavapotilas. Sairaanhoitaja 6-7/2012, 24-25.

Sinisalo, L. 2015. Ravitseminen hoitotyössä. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Soppi, E. 2013. Painehaavan synnyn mekanismeja. Haava 4/2013. Helsinki: Suomen Haavahoitoyhdistys, 6-7.

Soppi, E. & Ahtiala, M. 2012. Painehaavat, ehkäisy ja hoito. Sairaanhoitaja 6-7/2012, 62-64.

Soppi, E. & Iivanainen, A. 2013. Makuualustan valinnalla kustannushyötyä painehaavariskissä olevalle potilaalle. Haava 4/2013, 12-14.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valli, R. & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn lectura.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. PS-kustannus.

Sähköiset lähteet

Hämeenlinnan Validia-koti. 2016. Viitattu 18.11.2016.
http://www.validia-asuminen.fi/portal/fi/toimipisteet/ikaihmisille/hame_ja_kaakkois-suomi/hameenlinnan_validia-koti/

Kangas, R-B. 2009. Painehaavat. Viitattu 8.11.2016

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=tht00264&p_haku=painehaavat

Laato, M. & Kössi, J. 2010. Kirurgia. Viitattu 8.11.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04597&p_selaus=87062

Lumio, J. 2016. Painehaavat eli makuuhaavat. Viitattu 17.11.2016.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Viitattu 4.12.2016.

<http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Painehaavan ehkäisy ja tunnistaminen aikuispotilaan hoitotyössä. Hoitotyön suositus (online). Hoitotyön tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki: Hoitotyön tutkimussäätiö, 2015. (viitattu 10.10.2016). Saatavilla: www.hotus.fi.

<http://www.hotus.fi/system/files/Painehaava%20lopullinen111215.pdf>

Palveluasuminen ikäihmisille - turvallista asumista ja huolenpitoa Validia-kodissa. 2016. Viitattu 18.11.2016.

http://www.validia-asuminen.fi/portal/fi/palvelut/ikaihmiset/_asuminen/palveluasuminen/

Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. 2014. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Viitattu 16.10.2016.

<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA.pdf>

Roberts, S., Chaboyer, W. & Desbrow, B. 2015. Nutrition care-related practices and factors affecting nutritional intakes in hospital patients at risk of pressure ulcers. Viitattu 18.11.2016.

<http://web.a.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=394c462c-5c5e-4a45-b2b8-0a6add181618%40sessionmgr4006&hid=4204>

Sipinen, T. 2010. Painehaavapotilaille tehtyjen hoitoinventaarioiden määrä ja tulokset HYKS:n plastiikkakirurgian klinikassa. Viitattu 17.11.2016.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24929/Viimeisin%20tutkielmaversio%206.12.pdf?sequence=3>

Soppi, E. 2014. Ehkäise painehaavojen syntyminen. Viitattu 16.10.2016

<http://www.laakarilehti.fi.nelli.laurea.fi/ajassa/paakirjoitukset/ehkaise-painehaavojen-syntyminen/>

Soppi, E. 2010. Painehaava-esiintyminen, patofysiologia ja ehkäisy. Viitattu 15.10.2016.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo98591

Julkaisemattomat lähteet

Ylitolonen, H. 2016. Opinnäytetyö. S-posti Henna.ylitolonen@validia.fi 24.11.2016. Tulostettu 1.12.2016.

Liitteet

| | |
|-----------------------------|----|
| Liite 1: Saatekirje..... | 31 |
| Liite 2: Kyselylomake | 32 |

Liite 1: Saatekirje

Saatekirje

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Laurea-ammattikorkeakoulusta Hyvinkäältä. Teemme opinnäytetyötä liittyen hoitohenkilökunnan kokemuksiin ja tietoon painehaavojen ennaltaehkäisystä. Tutkimuksen osallistujiksi valikoitiin Validia-kodin henkilökunta. Painehaavojen varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy ovat tärkeitä osa-alueita hoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuoda tietoa hoitohenkilökunnalle painehaavan riskin kartoittamiseen ja ennaltaehkäisevään hoitotyöhön sekä saada hoitohenkilökunta pohtimaan omaa toimintaansa. Tavoitteena on myös, että opinnäytetyön avulla pystyttäisiin jatkossa vähentämään painehaavojen syntymistä päivittäisessä hoitotyössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuoda teorian avulla työvälineitä hoitohenkilökunnalle painehaavan riskin tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn.

Opinnäytetyöhön olemme koonneet tutkittua teoriatietoa ihon anatomiasta ja fysiologiasta, painehaavasta, painehaavan syntymekanismista ja ennaltaehkäisystä. Teoriatietoon pohjautuen olemme laatineet kyselylomakkeen, johon toivomme hoitohenkilökunnan jäsenten vastaavan. Kyselyllä kartoitamme teidän kokemuksia ja tietoa painehaavoista ja niiden ennaltaehkäisystä. Toivomme teiltä vastauksia kyselyyn, koska te toteutatte päivittäistä hoitotyötä ja sen vuoksi teillä on eniten tietoa asiasta.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja lomakkeisiin vastataan nimettömästi. Käsitlemme kyselyn vastaukset käyttämällä sisällönanalyysia. Tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset saatte nähtäväksi opinnäytetyön valmistuttua kevään 2017 aikana.

Vastaathan 29.1.2017 mennessä! Vastaukset palautetaan palautuslaatikkoon, joka sijaitsee 1.kerroksen toimistossa.

Kiitos vastauksestanne!

Terveisin: Miia Laatikainen & Ulla Siltaloppi

Lisätietoja: miia.laatikainen@student.laurea.fi tai ulla.siltaloppi@student.laurea.fi

Liite 2: Kyselylomake

Kyselylomake

Tällä kyselyllä kartoitamme Validia-kodin henkilökunnan tietoa, osaamista ja kokemuksia painehaavoista ja niiden ennaltaehkäisystä. Kyselyssä on viisi avointa kysymystä, joihin toivomme mahdollisimman perusteellisia vastauksia. Tällöin tutkimuksesta saataisiin luotettava. Kyselyyn vastataan nimettömästi ja vastaamisen jälkeen lomake palautetaan suljettuun palautuslaatikkoon. Kyselyn vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia.

1. Kuvaa mistä tunnistat painehaavan?

2. Mitkä tekijät altistavat painehaavan syntymiseen?

3. Miten huolehdit paineen poistamisen istuvalta asukkaalta?

4. Miten huomioit vuoteessa olevan asukkaan ihon kuntoa?

5. Mikä on sinun kokemuksesi painehaavan syntymisen ennaltaehkäisystä?

Kiitos vastauksestasi!